1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA
Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

DERECHO CON FISURAL DEL ANILLO FIBROSO LOCAL, SIN CONTACTO CON EL CORDÓN MEDULAR NI LAS RAÍCES NERVIOSAS CORRESPONDIENTES, CANAL RAQUÍDEO LOCAL SIN REDUCCIÓN EN LA AMPLITUD, CONO MEDULAR Y RAÍCES DE LA CAUDA EQUINA CON INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL. CANAL RAQUÍDEO DE AMPLITUD PRESERVADA. GRUPOS MUSCULARES PARAVERTEBRALES Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SIN CAMBIOS EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL. OPINIÓN: SEÑALES DE DESHIDRATACIÓN PARCIAL DISCAL L5-S1 CON LEVES CAMBIOS FACETARIOS; ANTEROLISTESIS GRADO I L5 SOBRE S1; ABOMBAMIENTO Y PROTRUSIÓN DISCAL DESCRITA, SIN COMPRIMIR LAS RAICES NERVIOSAS A CRITERIO CLINICO COMPLEMENTAR. SE ACEPTA COMO PROFESIONAL CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE COLUMNA LUMBAR Y SE DELIMITA ORIGEN COMÚN PROTRUSION DISCAL POSTERIOR ASIMETRICA L5 - S1 + ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERIOR L4 - L5 (NO DERIVADO DEL AT), ANTEROLISTESIS GRADO I L5 SOBRE S1 (NO DERIVADO DEL AT). LOS DISCOS SE COMPONEN DE UNA PARTE CENTRAL CON UNA TEXTURA BLANDA SIMILAR AL GEL Y UN REVESTIMIENTO EXTERIOR DURO. EL DISCO INTERVERTEBRAL CREA UNA ARTICULACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS HUESOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL QUE LES PERMITE MOVERSE. CUANDO EL REVESTIMIENTO EXTERIOR QUE RODEÁ UN DISCO SE DESGARRA, EL CENTRO BLANDO PUEDE SOBRESALIR POR LA ABERTURA, CREANDO UNA HERNIA DE DISCO. LA PROTRUSION DISCAL ES UNA PROMINENCIA DEL MATERIAL DISCAL QUE PERMANECE CONTENIDO POR UN ANILLO FIBROSO INTACTO. POR LO TANTO, LOS HALLAZGOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS SON PATOLOGÍAS DE INSTAURACIÓN CRÓNICA PREEXISTENTE Y QUE FISIOPATOLÓGICAMENTE NO CORRESPONDEN CON EL MECANISMO DE TRAUMA PRESENTADO EN EL EVENTO DEL DÍA 20/06/2016. EN CONCLUSIÓN Y TENIENDO EN CUENTA QUE PARA DEFINIR EL ORIGEN DE LOS EVENTOS ES NECESARIO CONTEMPLAR LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, LUGAR PERO PRINCIPALMENTE LAS DE MODO SIN LAS CUALES NO ES POSIBLE CONSIDERAR LA PROFESIONALIDAD DEL HECHO REPORTADO, ÉSTA ASEGURADORA DETERMINA QUE EL PRESENTE EVENTO ES DE ORIGEN MIXTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD CITADA EN LA LEY 1562 DE 2012. Acta # 1203-091116. Fecha:09 de noviembre de 2016

ORIGEN

PROFESIONAL	CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE COLUMNA LUMBAR
COMUN	PROTRUSION DISCAL POSTERIOR ASIMETRICA L5 - S1 + ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERIOI L4 - L5 (NO DERIVADO DEL AT)
COMUN	ANTEROLISTESIS GRADO I L5 SOBRE S1 (NO DERIVADO DEL AT)

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION - Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VICEPRESIDENCIA TECNICA

FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA

Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

Alexander Albarracín
Médico Fisiatra

Diana Carolina Carrión
Enfermera E.S.O.

Grace Vanessa Aguas Castro
Médico Laboral

"El presente dictamen se notifica a:_____ c.c. _____ Fecha _____
A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañia de Seguros S.A., de conformidad con lo establecido en el Art 52 ley 962/05, Arts. 5 y 6 Decreto 2463/2001 y Art.142 decreto Ley 19/2012."

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador

DR. CAMILO ARTURO BERNAL G.

MEDICINA LABORAL Y SALUD OCUPACIONAL

Clínica Integral de Dolor

Paciente	JUAN RICARDO GONZALEZ			Doc. Identidad	1077842053		
Sexo	MAS	Fecha	19/07/1987	Edad	30		
Dirección	CALLE 86 NO 6 22			Estado Civil	UL		

HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA LABORAL

Formato Nº.	CABG 1	Fecha de Atención	20/012/2016
Siniestro Nº		Fecha del Siniestro	20/06/2016

MOTIVO DE CONSULTA CIERRE DE CASO

MOTIVO DE LA CONSULTA: ACTUALMENTE REFIERE DOLOR EN REGION LUMBAR HORMIGUEO EN LAS PIERNAS

CONSULTA POR: CIERRE DE CASO

ENFERMEDAD ACTUAL REFIERE QUE PRESENTO DOLOR EN REGION LUMBAR AL MANIPULAR CARGA DE 25 KG EL DIA 20 DE JUNIO DE 2016

ANTECEDENTES MEDICOS

PATOLOGICOS: NIEGA

TOXICO ALERGICOS: NIEGA

GINECO- OBSTETRICOS:

QUIRURGICOS: niega

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TERAPEUTICOS:NIEGA

OTROS:NIEGA

RESULTADO DE EXAMENES COMPLEMETARIOS

DESCRIPCION DE PARACLINICOS:

Teléfono: 8638603. Móvil: 3134091740 Email. Camilo.bernal.66@gmail.com

DR. CAMILO ARTURO BERNAL G.

MEDICINA LABORAL Y SALUD OCUPACIONAL

Clínica Integral de Dolor

EXAMEN FISICO: INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS ORIENTADO EN TRES ESFERAS DEAMBULA SIN DIFICULTAD EN PUNTAS Y TALONES PALPACION DE COLUMNA EN PARA VERTEBRALES LUMBARES REACTIVO DOLOROSO FC 80 FR 16 TA 80 65 LASSEGUE NEGATIVO WADELLSS POSITIVO FLEXION COLUMNA LUMBAR 70 ° ROTACION 30 ° INCLINACIONES LATERALES COMPLETAS

DIAGNOSTICO (S):M624 LUMBALGIA ESPASMO MUSCULAR LUMBAR.ANTEROLISTESIS

ORDENES MEDICAS:TRAE RNM SEÑALES DE DSEHIDRATACION PARCIAL DISCLA L5 S1 CON LEVES CAMBIOS FACETARIOS ANTEROLISTESIS GRADO I L5 S1 ABOMBAMINETO Y PROTRUSION DISCAL DESCRITA SIN COMPRIMIR LAS RAICES NERVIOSAS A RITERIO CLINICO COMPLEMENTAR EMG ESTUDIO NORMAL NEGATIVO PARA RADICULOPATIA LUMBOSACTRA Y/O NEUROPATIA PERIFERICA EN MIS

CONCEPTO: PACIENTE CON MEJORIA TERAPEUTICA EVITAR MANIPULACION DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG EVITAR FLEXO EXTENSION FORZADA DE COLUMNA , SOLICITO CALIFICAR PCL .

FIRMA:

MEDICO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO MEDICO:79393437, LIC: 2658 DE 2015.

Teléfono: 8638603. Móvil: 3134091740 Email. Camilo.bernal.66@gmail.com

Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN RICARDO GONZALEZ J JIMENEZ identificado(a) con CC 1077842053 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: EXTRAS SA NI 890327120

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8471475652	286338947	E	2017-10-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-10	11		X							X									$327,600	4%	$13,200
8471475652	286338947	E	2017-10-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-10	2											X							$49,182	4%	$2,000
8471475652	286338947	E	2017-10-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	11		X							X									$327,600	16%	$52,500
8471475652	286338947	E	2017-10-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	2											X							$49,182	16%	$7,900
8471475652	286338947	E	2017-10-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	11		X							X									$327,600	2.436%	$8,000
8471475652	286338947	E	2017-10-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	2											X							$49,182	0%	$0
8471475652	286338947	E	2017-10-05	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	11		X							X									$955,888	4%	$38,300
8471475652	286338947	E	2017-10-05	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	2											X							$0	4%	$0
8470322812	280502755	E	2017-09-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	25									X									$730,800	4%	$29,300
8470322812	280502755	E	2017-09-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-09	5											X							$125,602	4%	$5,100
8470322812	280502755	E	2017-09-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	25									X									$730,800	16%	$117,000
8470322812	280502755	E	2017-09-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	5											X							$125,602	16%	$20,100
8470322812	280502755	E	2017-09-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	25									X									$730,800	2.436%	$17,900
8470322812	280502755	E	2017-09-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	5											X							$125,602	0%	$0
8470322812	280502755	E	2017-09-06	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	25									X									$730,800	4%	$29,300
8470322812	280502755	E	2017-09-06	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	5											X							$0	4%	$0
8469227873	274086876	E	2017-08-04	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-08	30																		$756,000	4%	$30,300
8469227873	274086876	E	2017-08-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-07	30																		$756,000	16%	$121,000
8469227873	274086876	E	2017-08-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-07	30																		$756,000	2.436%	$18,500
8469227873	274086876	E	2017-08-04	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-07	30																		$730,800	4%	$29,300

Certificado de Aportes

APORTANTE: EXTRAS SA NI 890327120

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8468172587	268755517	E	2017-07-07	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-07	30																		$756,000	4%	$30,300
8468172587	268755517	E	2017-07-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-06	30																		$756,000	16%	$121,000
8468172587	268755517	E	2017-07-07	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-06	30																		$756,000	2.436%	$18,500
8468172587	268755517	E	2017-07-07	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-06	30																		$630,000	4%	$25,200
8467000877	262642430	E	2017-06-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-06	30											X							$1,166,117	4%	$46,700
8467000877	262642430	E	2017-06-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-05	30											X							$1,166,117	16%	$186,600
8467000877	262642430	E	2017-06-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-05	30											X							$1,166,117	0%	$0
8467000877	262642430	E	2017-06-06	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-05	30											X							$0	4%	$0
8465939410	256861108	E	2017-05-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-05	30											X							$756,000	4%	$30,300
8465939410	256861108	E	2017-05-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-04	30											X							$756,000	16%	$121,000
8465939410	256861108	E	2017-05-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-04	30											X							$756,000	0%	$0
8465939410	256861108	E	2017-05-05	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-04	30											X							$0	0%	$0
8464762025	2382571	E	2017-04-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-04	15									X									$408,018	4%	$16,400
8464762025	2382571	E	2017-04-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-04	15											X							$375,721	4%	$15,100
8464762025	2382571	E	2017-04-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15									X									$408,018	16%	$65,300
8464762025	2382571	E	2017-04-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15											X							$375,721	16%	$60,200
8464762025	2382571	E	2017-04-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15									X									$408,018	2.436%	$10,000
8464762025	2382571	E	2017-04-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15											X							$375,721	0%	$0
8464762025	2382571	E	2017-04-06	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15									X									$613,133	4%	$24,600
8464762025	2382571	E	2017-04-06	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	15											X							$0	4%	$0
8462906074	244875969	E	2017-03-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-03	30																		$756,000	4%	$30,200
8462906074	244875969	E	2017-03-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-02	30																		$756,000	16%	$121,000
8462906074	244875969	E	2017-03-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-02	30																		$756,000	2.436%	$18,400

Certificado de Aportes

APORTANTE: EXTRAS SA NI 890327120

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8462906074	244875969	E	2017-03-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-02	30																		$554,000	4%	$22,200
8461999434	239706545	E	2017-02-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-02	30																		$756,000	4%	$30,200
8461999434	239706545	E	2017-02-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-01	30																		$756,000	16%	$121,000
8461999434	239706545	E	2017-02-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-01	30																		$756,000	2.436%	$18,400
8461999434	239706545	E	2017-02-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-01	30																		$779,000	4%	$31,200
8460933103	234643459	E	2017-01-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2017-01	30											X							$706,000	4%	$28,200
8460933103	234643459	E	2017-01-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-12	30											X							$706,000	16%	$113,000
8460933103	234643459	E	2017-01-03	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-12	21											X							$494,000	2.436%	$12,000
8460933103	234643459	E	2017-01-03	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-12	21											X							$562,000	4%	$22,500
8459721206	229470057	E	2016-12-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-12	30																		$706,000	4%	$28,200
8459721206	229470057	E	2016-12-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-11	30																		$706,000	16%	$113,000
8459721206	229470057	E	2016-12-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-11	30																		$706,000	2.436%	$17,200
8459721206	229470057	E	2016-12-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-11	30																		$611,866	4%	$24,500
8458716709	224803722	E	2016-11-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-11	30									X									$721,000	4%	$28,800
8458716709	224803722	E	2016-11-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-10	30									X									$721,000	16%	$115,400
8458716709	224803722	E	2016-11-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-10	30									X									$721,000	2.436%	$17,600
8458716709	224803722	E	2016-11-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-10	30									X									$721,000	4%	$28,800
8457894748	220445331	E	2016-10-04	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-10	30									X		X							$875,000	4%	$35,000
8457894748	220445331	E	2016-10-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-09	30									X		X							$875,000	16%	$140,000
8457894748	220445331	E	2016-10-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-09	20									X		X							$644,000	2.436%	$15,700
8457894748	220445331	E	2016-10-04	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-09	20									X		X							$706,000	4%	$28,200

Certificado de Aportes

APORTANTE: EXTRAS SA NI 890327120

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8456915682	215493904	E	2016-09-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-09	30																X		$706,000	4%	$28,200
8456915682	215493904	E	2016-09-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-08	30																X		$706,000	16%	$113,000
8456915682	215493904	E	2016-09-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-08	15																X		$353,000	2.436%	$8,600
8456915682	215493904	E	2016-09-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-08	15																X		$305,933	4%	$12,237
8455915767	210746084	E	2016-08-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-08	30																		$706,000	4%	$28,200
8455915767	210746084	E	2016-08-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-07	30																		$706,000	16%	$113,000
8455915767	210746084	E	2016-08-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-07	30																		$706,000	2.436%	$17,200
8455915767	210746084	E	2016-08-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-07	30																		$691,000	4%	$27,640
8454942760	205924809	E	2016-07-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-07	30									X									$1,062,000	4%	$42,500
8454942760	205924809	E	2016-07-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-06	30									X									$1,062,000	16%	$169,900
8454942760	205924809	E	2016-07-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-06	30									X									$1,062,000	2.436%	$25,900
8454942760	205924809	E	2016-07-05	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-06	30									X									$1,062,000	4%	$42,500
8454048036	200606368	E	2016-06-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-06	30									X									$944,000	4%	$37,800
8454048036	200606368	E	2016-06-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-05	30									X									$944,000	16%	$151,000
8454048036	200606368	E	2016-06-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-05	30									X									$944,000	2.436%	$23,000
8454048036	200606368	E	2016-06-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-05	30									X									$944,000	4%	$37,800
8453142634	195809911	E	2016-05-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-05	30									X									$1,135,000	4%	$45,400
8453142634	195809911	E	2016-05-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-04	30									X									$1,135,000	16%	$181,600
8453142634	195809911	E	2016-05-03	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-04	30									X									$1,135,000	2.436%	$27,600
8453142634	195809911	E	2016-05-03	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-04	30									X									$1,135,000	4%	$45,400
8452273682	1191434	E	2016-04-05	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-04	30									X									$1,051,000	4%	$42,000

Certificado de Aportes

APORTANTE: EXTRAS SA NI 890327120

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8452273682	1191434	E	2016-04-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-03	30									X									$1,051,000	16%	$168,200
8452273682	1191434	E	2016-04-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-03	30									X									$1,051,000	2.436%	$25,600
8452273682	1191434	E	2016-04-05	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-03	30									X									$1,051,000	4%	$42,000
8451343805	186204444	E	2016-03-02	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-03	30									X									$1,110,000	4%	$44,400
8451343805	186204444	E	2016-03-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-02	30									X									$1,110,000	16%	$177,600
8451343805	186204444	E	2016-03-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-02	30									X									$1,110,000	2.436%	$27,000
8451343805	186204444	E	2016-03-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-02	30									X									$1,110,000	4%	$44,400
8450398090	181906034	E	2016-02-02	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-02	6	X								X									$138,000	4%	$5,520
8450398090	181906034	E	2016-02-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-01	6	X								X									$138,000	16%	$22,100
8450398090	181906034	E	2016-02-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-01	6	X								X									$138,000	2.436%	$3,400
8450398090	181906034	E	2016-02-02	CCF	CCF32	COMFAMILIAR HUILA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2016-01	6	X								X									$138,000	4%	$5,520

Este certificado se expide el día 2020-09-07 a las 09:09.

PLANILLA PAGADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FECHA DE RADICACIÓN
NÚMERO DE RADICACIÓN

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CC 1077842053

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS No. * 0 04795981

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO 037

TIPO DE AFILIACIÓN | INDIVIDUAL | | COLECTIVA | | FECHA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA | DIA | MES | AÑO

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Gonzalez	Jimenez	Juan Ricardo

No. DE IDENTIFICACIÓN 1077842053 | DV | TIPO CC | FECHA DE NACIMIENTO DIA 14 MES 07 AÑO 1980 | SEXO M F

DIRECCIÓN DONDE LABORA Cra 7 b 2-14-60 | TELÉFONO 8 633353 | FAX

CIUDAD / MPIO. | DEPARTAMENTO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: RESIDENCIA | LABORAL | TELÉFONO 3214876116

CIUDAD / MPIO. | DEPARTAMENTO

ENTIDAD ANTERIOR DE PREVISIÓN, SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS | IPS PRIMARIA

NOMBRE DE ENTIDAD | CÓDIGO

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TD	COTIZANTE	NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS 1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	PARENTESCO CÓNYUGE 1	COMPAÑERA(O) 2	HIJOS 3	PADRES 4	OTROS 5	USO EPS VER AL REVERSO
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																

	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELEFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS PRIMARIA	CÓDIGO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN JURAMENTADA:

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL(LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIO(S) REPORTADO(S), NO ESTA(N) AFILIADO(S) A OTRA EPS

ABSTENGASE DE PAGAR ALGÚN VALOR POR ESTE FORMULARIO. TANTO SU DISTRIBUCION COMO SU AFILIACION SON GRATUITAS

FIRMA Y C.C. TRABAJADOR

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACIÓN 890327132 | DV | TIPO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL Cra 7 b 2-14-60 | TELÉFONO | FAX

ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO | ADM. RIESGOS PROF.

CIUDAD / MPIO. Neiva | DEPARTAMENTO Huila

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE
CLAVE ASESOR
CÓDIGO No. 1130205410010340217

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO | DIA 25 | MES 01 | AÑO 2016 | CARGO Operario | INGRESO BASE $ 689.454

FIRMA AUTORIZADA | **CIUDAD Y FECHA** Neiva 01-02-2016

E-mail Afiliado: | E-mail Empresa: | No. Celular Cotizante:

FAVOR ABSTENERSE DE ENTREGAR EL VALOR DE LA COTIZACION A LOS ASESORES COMERCIALES. RECUERDE UTILIZAR LOS MECANISMOS DE PAGO ESTABLECIDOS.

ESTRATO SOCIO ECONÓMICO:

FIRMA AUTORIZADA | **CIUDAD Y FECHA**

III. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

NOMBRE ASESOR:

CÓDIGO ASESOR

Causal de inconsistencia:

Observación:

REVISADO	APROBADO	GRABADO	VALIDADO

VIGILADO Supersalud

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS (FIRC001)

ATENCIÓN

USTED **NO ESTÁ OBLIGADO A DILIGENCIAR ESTE** FORMULARIO (FIRC001) EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. Si ya está afiliado como cotizante o beneficiario en esta EPS y dicha afiliación se encuentra vigente. En este caso deberá diligenciar el formulario FIRC003.

2. Si usted es trabajador independiente o pensionado, en este caso deberá diligenciar el formulario FIRC002.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario en la parte que le corresponde, el trabajador o servidor público debe conocer y tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.

2. Todo empleador o patrono está obligado a afiliar a sus trabajadores a la *Entidad Promotora de Salud* (EPS) que éste escoja.

3. Salvo las circunstancias previstas en la ley, una vez afiliado el trabajador, sólo podrá cambiar de EPS luego de permanecer el tiempo previsto por la ley para efectos de movilidad.

4. El trabajador cotizante y su grupo familiar deberán estar afiliados a la misma EPS, independientemente de que varios miembros del grupo coticen, salvo los casos expresamente previstos por la ley.

5. El trabajador está obligado a aportar la documentación que soporte la información consignada por él en el formulario FIRC001.

6. Ningún residente en el Territorio Nacional independientemente de su condición de afiliado cotizante o afiliado no cotizante, podrá estar afiliado simultáneamente a más de una Entidad Promotora de Salud o pertenecer simultáneamente a los dos Regímenes (contributivo y subsidiado).

7. La veracidad de la información contenida en el formulario FIRC001 es responsabilidad de quien la firme.

8. Una vez diligenciada la parte pertinente del formulario, por parte del trabajador o servidor público éste debe entregarlo al empleador, quien *luego debe consignar la información que le* corresponde; lo entregará a la EPS, escogida por el trabajador o servidor público.

9. Con la primera afiliación de un trabajador o servidor público a una cualquiera de las EPS, quedará afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

10. Para la plena vigencia del contrato de Afiliación a la EPS se requiere además del correcto y completo diligenciamiento del formulario de afiliación (FIRC001) el aporte de los documentos anexos que soporten la información registrada en él y el pago a la EPS de la PRIMERA COTIZACIÓN.

DILIGENCIE EL FORMULARIO A MÁQUINA, O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES Y EN ESFERO DE TINTA NEGRA.

El numeral I deberá ser diligenciado por el afiliado cotizante o cabeza del grupo familiar.

El numeral II deberá ser diligenciado por el empleador, quien enviará este formulario a la EPS.

El numeral III y los espacios sombreados deberán ser diligenciados exclusivamente por la EPS.

Tipo de afiliación: Marque con una equis (X) el tipo de afiliación.

Fecha de afiliación al sistema: Indique con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha en la cual se afilió por primera vez a una Entidad Promotora de Salud.

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

- **Apellidos y nombres:** Escríbalos según el orden establecido y conforme figura en el Documento de Identidad.
- **Número de identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.
- **Tipo:** Tipo de documento: Coloque si es:
  C.C.: Cédula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  T.I.: Tarjeta de Identidad
  PA.: Pasaporte
  R.C.: Registro Civil
- **Fecha de nacimiento:** Escriba con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de nacimiento.
- **Sexo:** Marque con una equis (X) sobre la casilla correspondiente.
  M = Masculino F = Femenino
- **Dirección donde labora:** Escriba la dirección del sitio donde trabaja, número telefónico, fax, nombre de la ciudad/municipio y departamento.
- **Dirección de la residencia:** Escriba la dirección del sitio de la residencia, número telefónico, fax, nombre de la ciudad/municipio y departamento.
- **Dirección de correspondencia:** Marque con una (X) a donde prefiere que se envíe la correspondencia, a la Residencia o al lugar de trabajo.
- **IPS Primaria:** Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Salud a la cual desea adscribirse.

Entidad Anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS

- **Nombre de la entidad:** Escriba el nombre de la *última entidad en la cual se encontraba afiliado o de* la cual se traslada. En caso de traslado el afiliado debe certificar que su decisión es libre y voluntaria.

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

- **Número de identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.
- **TD:** Tipo de Documento. Coloque si es:
  C.C.: Cédula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  T.I.: Tarjeta de Identidad
  R.C.: *Para los menores de siete (7) años* debe escribir el número del Registro Civil.
  PA.: Pasaporte
- **Cotizante:** Marque con una equis (X) si el beneficiario inscrito en su grupo familiar cotiza.
- **Apellidos y nombres:** Escriba los apellidos y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.
- **Sexo:** Marque con una equis (X) sobre la casilla correspondiente:
  M = Masculino F = Femenino
- **Fecha de nacimiento:** Escriba con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de nacimiento.
- **Parentesco:** Marque con una equis (X) el tipo de parentesco y anexe los documentos que acrediten tal calidad.
- **Parentesco - Otros:** Señale otros cuando no esté contemplado en alguna de las anteriores previstas y que cumpla con los requisitos de ley.
- **Dirección Residencia, Teléfono, Departamento, Municipio:** Escriba estos datos del beneficiario en el mismo orden del campo Nombres completos beneficiarios.
- **I.P.S. elegida:** Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud a la cual desea adscribirse.

  Observaciones: El espacio es para observaciones del afiliado o ampliación de alguna información consignada.

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

- **Número de identificación:** Escriba el número del documento de identificación completo.
- **Tipo:** Tipo de documento. Coloque si es:
  C.C.: Cédula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  NIT.: Número de Identificación Tributaria
  PA.: Pasaporte
- **Nombre o razón social del empleador.**
- **Dirección domicilio principal de la sede de la empresa, teléfono, fax, ciudad/municipio y departamento**
- **Actividad económica:** Se debe llenar con la información actividad económica principal del empleador de acuerdo con la tabla de la DIAN.
- **Código:** De acuerdo con la clasificación de actividades económicas establecidas por la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos Nacionales (DIAN) en la Resolución No. 4911 de 1994 o de la resolución que la modifique.
- **Adm. de Riesgos Profesionales:** Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

- ***Fecha de ingreso a la empresa:*** Escriba con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de ingreso a la empresa.
- **Cargo:** Escriba el cargo que desempeña actualmente.
- ***Ingreso base:*** *Ingreso base de cotización.* Coloque en esta casilla la cifra correspondiente al dato que se obtiene de la siguiente manera: El ingreso base de cotización de los empleados del sector privado está constituido por los siguientes factores: Remuneración ordinaria fija o variable, primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, horas extras, dominicales y festivos, porcentajes sobre ventas, comisiones y viáticos permanentes.
  El ingreso base de cotización para los servidores públicos está constituido por la asignación básica mensual, los gastos de representación, la prima técnica cuando ésta sea factor de salario, la prima de antigüedad, la remuneración por dominicales o festivos, las horas extras o jornadas nocturnas y la bonificación por servicios.
  Para los empleados con salario integral, la base de la cotización será del 70% de su salario.
- **Firma autorizada:** Firma la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formulario.
- **Ciudad y fecha en la que el empleador llena el formulario.**
- **E-mail Afiliado:** Dirección de correo electrónico para contacto con el cotizante.
- **E-mail Empresa:** Dirección de correo electrónico para contacto con el encargado de nómina del empleador.
- **Celular:** Escriba el número de celular del cotizante.

III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS.

- **Estrato socioeconómico:** Para su determinación se tomará inicialmente aquel que sea determinado por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) o en su defecto el de los servicios públicos de la residencia indicada por el cotizante en este formulario.
- **Ciudad y fecha en la que la EPS recibe el formulario.**

ATENCIÓN

Artículo 60, Decreto 806 de 1998.
Definición de períodos mínimos de cotización: Son aquellos períodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para conceder la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS.
Durante este período el individuo carece del derecho a ser atendido por la Entidad Promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica.

Artículo 61, Decreto 806 de 1998, actualizado según Ley 1122 de 2007 Artículo 14, literal h):

"**Artículo 14, literal h), Ley 1122 de 2007:** No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen subsidiado o en cualquier EPS del *Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de* los períodos de carencia.

Artículo 61, Decreto 806 de 1998, actualizado: Período mínimo de cotización: Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1: El afiliado requiere veintiseis (26) semanas de cotización para el tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

Grupo 2: El afiliado requiere veintiseis (26) semanas de cotización para enfermedades que requieren manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentran catalogadas en el Manual de Actividades intervenciones y procedimientos MAPIPOS, como el Grupo 8 o superiores.

Parágrafo: Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, *deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las* instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

Artículo 19, Ley 1122 de 2007: *Aseguramiento del Alto Costo.* "Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional"

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS

DOCUMENTOS DE ACREDITACIÓN				DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN			
Registro civil de matrimonio		Extrajuicio de convivencia		Tarjeta de Identidad			
Registro civil de nacimiento		Dependencia Económica		Cédula de ciudadanía			
Certificado de escolaridad		Carta compromiso de pago		Cédula de extranjería		Pasaporte	
Certificado de Discapacidad		Certificado de Supervivencia		Resolución pensional			
Otros		¿Cuál? _____		Otros		¿Cuál? _____	
Total de documentos recibidos				Total de documentos recibidos			

Funcionario área de afiliaciones Descripción

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FECHA DE RADICACIÓN
NÚMERO DE RADICACIÓN

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CC 1017842053

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS No. *01 B 5570

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO 037

TIPO DE AFILIACIÓN	INDIVIDUAL	COLECTIVA	FECHA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA	DIA	MES	AÑO

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Gonzalez	Jimenez	[illegible]

No. DE IDENTIFICACIÓN	1017842053	DV	TIPO	CC	FECHA DE NACIMIENTO	DIA	21	MES	03	AÑO	1996	SEXO M F
DIRECCIÓN DONDE LABORA					TELÉFONO			FAX			
CIUDAD / MPIO.					DEPARTAMENTO						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: RESIDENCIA		LABORAL	TELÉFONO			
CIUDAD / MPIO.					DEPARTAMENTO						
ENTIDAD ANTERIOR DE PREVISIÓN, SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS					IPS PRIMARIA						
NOMBRE DE ENTIDAD					CÓDIGO						

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TD	COTIZANTE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	PARENTESCO 1 CÓNYUGE	2 COMPAÑERA(O)	3 HIJOS	4 PADRES	5 OTROS	USO EPS VER ANEXO
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																

	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELEFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS PRIMARIA	CÓDIGO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN JURAMENTADA:

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL(LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIO(S) REPORTADO(S), NO ESTA(N) AFILIADO(S) A OTRA EPS

ABSTÉNGASE DE PAGAR ALGUN VALOR POR ESTE FORMULARIO. TANTO SU DISTRIBUCIÓN COMO SU AFILIACIÓN SON GRATUITAS.

FIRMA Y C.C. TRABAJADOR

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]	DV	TIPO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	[illegible]		
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	[illegible]			TELÉFONO	[illegible]	FAX	
ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]		CÓDIGO	[illegible]	ADM. RIESGOS PROF.	[illegible]	
CIUDAD / MPIO.	[illegible]		DEPARTAMENTO	[illegible]			

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO	DIA	02	MES	02	AÑO	2016	CARGO [illegible]	INGRESO BASE $ 6.514.[illegible]

FIRMA AUTORIZADA

CIUDAD Y FECHA 01-02-2016

E-mail Afiliado:	E-mail Empresa:	No. Celular Cotizante:

FAVOR ABSTENERSE DE ENTREGAR EL VALOR DE LA COTIZACION A LOS ASESORES COMERCIALES, RECUERDE UTILIZAR LOS MECANISMOS DE PAGO ESTABLECIDOS.

ESTRATO SOCIO ECONÓMICO: _____

FIRMA AUTORIZADA — CIUDAD Y FECHA

III. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

NOMBRE ASESOR: _____

CÓDIGO ASESOR

Causal de inconsistencia: _____

Observación: _____

REVISADO	APROBADO	GRABADO	VALIDADO

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CARVAJAL EMPAQUES S.A. NIT 890.175.457-5 TEL. 405 8110

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS (FIRC001)

ATENCION

USTED NO ESTA OBLIGADO A DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO (FIRC001) EN LOS SIGUIENTES CASOS

1. Si ya esta afiliado como cotizante o beneficiario en esta EPS y dicha afiliación se encuentra vigente. En este caso deberá diligenciar el formulario FIRC003.
2. Si usted es trabajador independiente o pensionado, en este caso deberá diligenciar el formulario FIRC002.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario en la parte que le corresponde, el trabajador o servidor público debe conocer y tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.
2. Todo empleador o patrono está obligado a afiliar a sus trabajadores a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que éste escoja.
3. Salvo las circunstancias previstas en la ley, una vez afiliado el trabajador, solo podrá cambiar de EPS luego de permanecer el tiempo previsto por la ley para efectos de movilidad.
4. El trabajador cotizante y su grupo familiar deberán estar afiliados a la misma EPS, independientemente de que varios miembros del grupo coticen, salvo los casos expresamente previstos por la ley.
5. El trabajador está obligado a aportar la documentación que soporte la información consignada por él en el formulario FIRC001.
6. Ningún residente en el Territorio Nacional independientemente de su condición de afiliado cotizante o afiliado no cotizante, podrá estar afiliado simultáneamente a mas de una Entidad Promotora de Salud o pertenecer simultaneamente a los dos Regímenes (contributivo y subsidiado).
7. La veracidad de la información contenida en el formulario FIRC001 es responsabilidad de quien la firme.
8. Una vez diligenciada la parte pertinente del formulario, por parte del trabajador o servidor público éste debe entregarlo al empleador, quien luego debe consignar la información que le corresponde; lo entregará a la EPS, escogida por el trabajador o servidor público.
9. Con la primera afiliación de un trabajador o servidor público a una cualquiera de las EPS, quedará afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
10. Para la plena vigencia del contrato de Afiliación a la EPS se requiere además del correcto y completo diligenciamiento del formulario de afiliación (FIRC001), el aporte de los documentos anexos que soporten la información registrada en él y el pago a la EPS de la PRIMERA COTIZACION.

DILIGENCIE EL FORMULARIO A MAQUINA, O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES Y EN ESFERO DE TINTA NEGRA.

El numeral I deberá ser diligenciado por el afiliado cotizante o cabeza del grupo familiar.

El numeral II deberá ser diligenciado por el empleador, quien enviará este formulario a la EPS.

El numeral III y los espacios sombreados deberán ser diligenciados exclusivamente por la EPS.

Tipo de afiliación: Marque con una equis (X) el tipo de afiliación.

Fecha de afiliación al sistema: Indique con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha en la cual se afilió por primera vez a una Entidad Promotora de Salud.

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

IDENTIFICACION DEL COTIZANTE

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

- **Apellidos y nombres:** Escríbalos según el orden establecido y conforme figura en el Documento de Identidad.
- **Número de identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.
- **Tipo:** Tipo de documento: Coloque si es:
  C.C.: Cedula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  T.I.: Tarjeta de Identidad
  P.A.: Pasaporte
  R.C.: Registro Civil
- **Fecha de nacimiento:** Escriba con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de nacimiento.
- **Sexo:** Marque con una equis (X) sobre la casilla correspondiente.
  M = Masculino F = Femenino
- **Dirección donde labora:** Escriba la dirección del sitio donde trabaja, número telefónico, fax, nombre de la ciudad/municipio y departamento.
- **Dirección de la residencia:** Escriba la dirección del sitio de la residencia número telefónico, fax, nombre de la ciudad/municipio y departamento.
- **Dirección de correspondencia:** Marque con una (X) a donde prefiere que se envíe la correspondencia a la *Residencia o al lugar de trabajo*.
- **IPS Primaria:** Escriba el nombre de la institución Prestadora de Salud a la cual desea adscribirse.

Entidad Anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS

- **Nombre de la entidad** Escriba el nombre de la última entidad en la cual se encontraba afiliado o de la cual se traslada. En caso de traslado el afiliado debe certificar que su decisión es libre y voluntaria.

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

- **Número de identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.
- **TD:** Tipo de Documento. Coloque si es:
  C.C.: Cédula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  T.I.: Tarjeta de Identidad
  R.C.: Para los menores de siete (7) años debe escribir el número del Registro Civil.
  PA. Pasaporte
- **Cotizante:** Marque con una equis (X) si el beneficiario inscrito en su grupo familiar cotiza.
- **Apellidos y nombres:** Escriba los apellidos y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.
- **Sexo:** *Marque con una equis (X) sobre la casilla* correspondiente:
  M = Masculino F = Femenino
- **Fecha de nacimiento:** Escriba con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de nacimiento.
- **Parentesco:** Marque con una equis (X) el tipo de parentesco y anexe los documentos que acrediten tal calidad.
- **Parentesco - Otros:** Señale otros cuando no esté contemplado en alguna de las anteriores previstas y que cumpla con los requisitos de ley.
- **Dirección Residencia. Teléfono, Departamento, Municipio:** Escriba estos datos del beneficiario en el mismo orden del numeral Nombres comunes beneficiarios.
- **I.P.S. elegida:** Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud a la cual desea adscribirse.

Observaciones: El espacio es para observaciones del afiliado o ampliación de alguna información consignada.

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

- **Número de identificación:** Escriba el número del documento de identificación completo.
- **Tipo:** Tipo de documento. Coloque si es:
  C.C.: Cedula de Ciudadanía
  C.E.: Cédula de Extranjería
  NIT.: Número de Identificación Tributaria
  PA.: Pasaporte
- ***Nombre o razón social del empleador.***
- **Dirección domicilio principal de la sede de la empresa, teléfono, fax, ciudad/municipio y departamento**
- **Actividad económica:** Se debe llenar con la información actividad económica principal del empleador de acuerdo con la tabla de la DIAN.
- **Codigo:** De acuerdo con la clasificación de actividades económicas establecidas por la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos Nacionales (DIAN) en la Resolución No. 4911 de 1994 o de la resolución que la modifique.
- **Adm. de Riesgos Profesionales:** Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

- **Fecha de ingreso a la empresa:** Escríbal con números arábigos el día y mes con dos (2) dígitos y el año con cuatro (4) dígitos la fecha de ingreso a la empresa.
- **Cargo:** Escriba el cargo que desempeña actualmente.
- **Ingreso base:** Ingreso base de cotización. Coloque en esta casilla la cifra correspondiente al dato que se obtiene de la siguiente manera: El ingreso base de cotización de los empleados del sector privado esta constituido por los siguientes factores: Remuneración ordinaria fija o variable, primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, horas extras, dominicales y festivos, porcentajes sobre ventas, comisiones y viáticos permanentes.
  El ingreso base de cotización para los servidores públicos está constituido por la asignación basica mensual, los gastos de representación, la prima técnica cuando ésta sea factor de salario, la prima de antiguedad, la remuneración por dominicales o festivos, las horas extras o jornadas nocturnas y la bonificación por servicios.
  Para los empleados con salario integral, la base de la cotización será del 70% de su salario.
- **Firma autorizada:** Firma la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formulario.
- **Ciudad y fecha en la que el empleador llena el formulario.**
- **E-mail Afiliado:** Dirección de correo electronico para contacto con el cotizante.
- **E-mail Empresa:** Dirección de correo electrónico para contacto con el encargado de nomina del empleador.
- **Celular:** Escriba el número de celular del cotizante.

III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS.

- **Estrato socioeconómico:** Para su determinación se tomará inicialmente aquel que sea determinado por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) o en su defecto el de los servicios públicos de la residencia indicada por el cotizante en este formulario.
- **Ciudad y fecha en la que la EPS recibe el formulario.**

ATENCIÓN

Artículo 60, Decreto 806 de 1998.
Definición de periodos mínimos de cotización: Son aquellos periodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS.
Durante este periodo el individuo carece del derecho a ser atendido por la Entidad Promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los periodos de cotización que aplica.

Artículo 61, Decreto 806 de 1998, actualizado según Ley 1122 de 2007 Artículo 14, literal h):

"Artículo 14, literal h), Ley 1122 de 2007: No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia.

Artículo 61, Decreto 806 de 1998, actualizado: Periodo mínimo de cotización: Los periodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

- **Grupo 1:** El afiliado requiere veintiseis (26) semanas de cotización para el tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.
- **Grupo 2:** El afiliado requiere veintiseis (26) semanas de cotización para enfermedades que requieren manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentran catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y procedimientos MAPIPOS como el Grupo 8 o superiores.

Parágrafo: Cuando el afiliado sujeto a periodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

Artículo 19, Ley 1122 de 2007: Aseguramiento del Alto Costo. "Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional".

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS

DOCUMENTOS DE ACREDITACIÓN				DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN			
Registro civil de matrimonio		Extrajuicio de convivencia		Tarjeta de Identidad			
Registro civil de nacimiento		Dependencia Económica		Cédula de ciudadanía			
Certificado de escolaridad		Carta compromiso de pago		Cédula de extranjería		Pasaporte	
Certificado de Discapacidad		Certificado de Supervivencia		Resolución pensional			
Otros		¿Cuál?		Otros		¿Cuál?	
Total de documentos recibidos				Total de documentos recibidos			

Funcionario área de afiliaciones Descripción

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

04795980

Riesgos Profesionales

Reporte de radicación para la fecha: 22/01/2016

CC 1077842053

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	890327120	Código Empresa	eARL337216
Nombre:	EXTRAS SA				
Dirección:	AV 5 NORTE # 23AN-35				
Departamento:	HUILA	Municipio:	NEIVA		
E - mail:	sandra_tamayo@eficacia.com.co sandra_tamayo@eficacia.com.co				
Teléfono:	3118540485	Tarifa:	2,43600		
Actividad económica:	EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SE				
RVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES Y LOS CONDUCTORES DE AUTOS PARTICULARES					

DATOS USUARIO EMPRESA

Cédula usuario	Nombre usuario	Apellido Usuario
36067281	SANDRA PATRICIA	TAMAYO HERNANDEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Afiliación	Cobertura Desde	Documento	Trabajador	Salario	Tarifa	Tipo
1	224	25/01/2016	25/01/2016	C - 1075217059	ORJUELA CANO JESICA PAOLA	689.455	1.044	D
2	223	23/01/2016	23/01/2016	C - 1077841767	BENAVIDES QUINTERO JACKELINE	689.455	1.044	D
3	226	25/01/2016	25/01/2016	C - 1077842053	GONZALEZ JIMENEZ JUAN RICARDO	689.455	1.044	D
4	222	23/01/2016	23/01/2016	C - 1080181930	MEJIA LOZADA MARIA FERNANDA	689.455	1.044	D
5	225	25/01/2016	25/01/2016	C - 28540034	GUZMAN GUZMAN YENNY MARLEDIX	689.455	1.044	D

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana y solicite una reclasificación o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 o en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certificado Impreso el día 22/01/2016 5:38:35 p. m. por la pagina web http://www.positivaenlinea.gov.co

axF f25b26d4deba2dd084c3f415ac0061e6

COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA

NOMBRE	EXTRAS
NIT	890327120-1
DIRECCION	
CIUDAD	GARZÓN

NOMBRE CLIENTE	GASEOSAS DE CORDOBA S A S
NIT CLIENTE	891000324-4
CÓDIGO CLIENTE	1439
CÓD CENTRO COSTO	3039638 - CORDOBA GARZON ALMACEN

NOMBRE	GONZALEZ J JIMENEZ JUAN RICARDO		
CÉDULA	1077842053		
FECHA INGRES	25 de enero de 2016		
CODIGO	1064806		
CARGO	P013 - OPERARIO I		
REGIONAL	ANTIOQUIA		
SALARIO BÁSIC	706,000.00	FECHA	25/01/2016

PERIODO DE CORTE	01 FEBRERO AL 15 FEBRERO		
DIA DE PAGO	15 FEBRERO		
FECHA DEL PROCES			
TIPO DE NOMINA	Ex AN QN FC-1 al 15- 16 al 30 FP-15 y 30		
PERIODO	3	AÑO	2016
FORMA DE PAGO	DEPÓSITO	N° CUENTA	28554061267
CONSEC NÓMINA	4291 - 1	N° CHEQUE	

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	BASE/PRECIO	DEVENGOS	DEDUCCIONES
1000	Salario Normal Días	22.00	23,533.00	517,733.00	
1210	Auxilio de Transporte Legal (REP)	6.00		15,540.00	
1330	Extras Nocturnas 1.75	25.00	5,147.00	131,272.00	
1350	Recargo nocturno 0.35	32.00	1,029.00	32,947.00	
5041	Aportes Salud ISS Nueva				27,278.00
5106	Aporte pension Porvenir				27,278.00
6158	Descuento Funerario DescFunerario	7,800.00			7,800.00

VALOR EN LETRAS = SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTALES	697,492.00	62,356.00
NETO A PAGAR		635,136.00

ACUMULADOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR INICIAL	CANT / N°	VALOR / SALDO	FECHA / PERIODO
	Fecha de Retiro				13/09/2017
13300	Consolidación Primas		1.00	58,124.00	
15000	Saldo Consolidado de Cesantías a la Fech		22.00	58,124.00	
15200	Consolidación Intereses de Cesantías		22.00	426.00	
15500	Consolidación Vacación			28,415.00	

- Desde el 14 de Febrero de 2016, la organización desembolsa a los Fondos de Cesantías autorizados por cada colaborador, los valores correspondientes al año 2015.
Tenga en cuenta que para el uso de los mismos, aplican políticas de cada Fondo o entidad

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

C.C

COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA

NOMBRE	EXTRAS
NIT	890327120-1
DIRECCION	
CIUDAD	GARZÓN

NOMBRE CLIENTE	GASEOSAS DE CORDOBA S A S
NIT CLIENTE	891000324-4
CÓDIGO CLIENTE	1439
CÓD CENTRO COSTO	3039638 - CORDOBA GARZON ALMACEN

NOMBRE	GONZALEZ J JIMENEZ JUAN RICARDO		
CÉDULA	1077842053		
FECHA INGRES	25 de enero de 2016		
CODIGO	1064806		
CARGO	P013 - OPERARIO I		
REGIONAL	ANTIOQUIA		
SALARIO BÁSIC	706,000.00	FECHA	25/01/2016

PERIODO DE CORTE	01 MARZO AL 15 MARZO		
DIA DE PAGO	15 MARZO		
FECHA DEL PROCES			
TIPO DE NOMINA	Ex AN QN FC-1 al 15- 16 al 30 FP-15 y 30		
PERIODO	5	AÑO	2016
FORMA DE PAGO	DEPÓSITO	N° CUENTA	28554061267
CONSEC NÓMINA	6314 - 1	N° CHEQUE	

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	BASE/PRECIO	DEVENGOS	DEDUCCIONES
1000	Salario Normal Días	15.00	23,533.00	353,000.00	
1330	Extras Nocturnas 1.75	24.00	5,147.00	123,550.00	
1350	Recargo nocturno 0.35	44.00	1,029.00	45,302.00	
5010	Aporte salud Sura				20,874.00
5106	Aporte pension Porvenir				20,874.00
6150	Descuento Fondo de Empleados Fondex				17,240.00
6158	Descuento Funerario DescFunerario	3,900.00			3,900.00

VALOR EN LETRAS = CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTALES	521,852.00	62,888.00
NETO A PAGAR		458,964.00

ACUMULADOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR INICIAL	CANT / N°	VALOR / SALDO	FECHA / PERIODO
	Fecha de Retiro				13/09/2017
13300	Consolidación Primas		4.00	155,233.00	
15000	Saldo Consolidado de Cesantías a la Fech		51.00	155,233.00	
15200	Consolidación Intereses de Cesantías		51.00	2,639.00	
15500	Consolidación Vacación		2.00	73,732.00	

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

C.C

COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA

NOMBRE	EXTRAS
NIT	890327120-1
DIRECCION	
CIUDAD	GARZÓN

NOMBRE CLIENTE	GASEOSAS DE CORDOBA S A S
NIT CLIENTE	891000324-4
CÓDIGO CLIENTE	1439
CÓD CENTRO COSTO	3039638 - CORDOBA GARZON ALMACEN

NOMBRE	GONZALEZ J JIMENEZ JUAN RICARDO		
CÉDULA	1077842053		
FECHA INGRES	25 de enero de 2016		
CODIGO	1064806		
CARGO	P013 - OPERARIO I		
REGIONAL	ANTIOQUIA		
SALARIO BÁSIC	706,000.00	FECHA	25/01/2016

PERIODO DE CORTE	01 ABRIL AL 15 ABRIL		
DIA DE PAGO	15 ABRIL		
FECHA DEL PROCES			
TIPO DE NOMINA	Ex AN QN FC-1 al 15- 16 al 30 FP-15 y 30		
PERIODO	7	AÑO	2016
FORMA DE PAGO	DEPÓSITO	N° CUENTA	28554061267
CONSEC NÓMINA	9011 - 1	N° CHEQUE	

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	BASE/PRECIO	DEVENGOS	DEDUCCIONES
1000	Salario Normal Días	15.00	23,533.00	353,000.00	
1302	Recargo Diurno Festivo Habitual 0.75	15.00	2,206.00	33,094.00	
1305	Festivo Diurno 1.75	24.00	5,147.00	123,550.00	
1317	Horas Extensivas Dom o Fest Nocturn. 2.5	2.00	7,354.00	14,708.00	
1330	Extras Nocturnas 1.75	18.00	5,147.00	92,663.00	
1350	Recargo nocturno 0.35	44.00	1,029.00	45,302.00	
5010	Aporte salud Sura				26,493.00
5106	Aporte pension Porvenir				26,493.00
6150	Descuento Fondo de Empleados Fondex				17,240.00
6158	Descuento Funerario DescFunerario	3,900.00			3,900.00

VALOR EN LETRAS = QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTALES	662,317.00	74,126.00
NETO A PAGAR		588,191.00

ACUMULADOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR INICIAL	CANT / N°	VALOR / SALDO	FECHA / PERIODO
	Fecha de Retiro				13/09/2017
13300	Consolidación Primas		6.00	261,020.00	
15000	Saldo Consolidado de Cesantías a la Fech		82.00	261,020.00	
15200	Consolidación Intereses de Cesantías		82.00	7,135.00	
15500	Consolidación Vacación		3.00	123,388.00	

- Desde Abril se está recibiendo la actualización de los documentos soporte para la disminución en la Retención en la Fuente. Los documentos entregados en el 2015 no tienen validez a partir de Abril-16. Entrega el documento al Ejecutivo de Cuenta

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

C.C

COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA

NOMBRE	EXTRAS
NIT	890327120-1
DIRECCION	
CIUDAD	GARZÓN

NOMBRE CLIENTE	GASEOSAS DE CORDOBA S A S
NIT CLIENTE	891000324-4
CÓDIGO CLIENTE	1439
CÓD CENTRO COSTO	3039638 - CORDOBA GARZON ALMACEN

NOMBRE	GONZALEZ J JIMENEZ JUAN RICARDO		
CÉDULA	1077842053		
FECHA INGRES	25 de enero de 2016		
CODIGO	1064806		
CARGO	P013 - OPERARIO I		
REGIONAL	ANTIOQUIA		
SALARIO BÁSIC	706,000.00	FECHA	25/01/2016

PERIODO DE CORTE	01 MAYO AL 15 MAYO		
DIA DE PAGO	15 MAYO		
FECHA DEL PROCES			
TIPO DE NOMINA	Ex AN QN FC-1 al 15- 16 al 30 FP-15 y 30		
PERIODO	9	AÑO	2016
FORMA DE PAGO	DEPÓSITO	N° CUENTA	28554061267
CONSEC NÓMINA	11370 - 1	N° CHEQUE	

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	BASE/PRECIO	DEVENGOS	DEDUCCIONES
1000	Salario Normal Días	15.00	23,533.00	353,000.00	
1330	Extras Nocturnas 1.75	9.00	5,147.00	46,331.00	
1350	Recargo nocturno 0.35	44.00	1,029.00	45,302.00	
5041	Aportes Salud ISS Nueva				17,785.00
5106	Aporte pension Porvenir				17,785.00
6150	Descuento Fondo de Empleados Fondex				17,240.00
6158	Descuento Funerario DescFunerario	3,900.00			3,900.00

VALOR EN LETRAS = TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTALES	444,633.00	56,710.00
NETO A PAGAR		387,923.00

ACUMULADOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR INICIAL	CANT / N°	VALOR / SALDO	FECHA / PERIODO
	Fecha de Retiro				13/09/2017
13300	Consolidación Primas		9.00	343,917.00	
15000	Saldo Consolidado de Cesantías a la Fech		112.00	343,917.00	
15200	Consolidación Intereses de Cesantías		112.00	12,840.00	
15500	Consolidación Vacación		4.00	161,599.00	

- ¿Necesitas apoyo para la universidad de tus hijos? Podrías recibir beca para estudio enviando tus datos a fundacion@eficacia.com.co antes de mayo 21
- Desde Abril se está recibiendo la actualización de los documentos soporte para la disminución en la Retención en la Fuente. Los documentos entregados en el 2015 no tienen validez a partir de Abril-16. Entrega el documento al Ejecutivo de Cuenta

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

C.C

COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA

NOMBRE	EXTRAS
NIT	890327120-1
DIRECCION	
CIUDAD	GARZÓN

NOMBRE CLIENTE	GASEOSAS DE CORDOBA S A S
NIT CLIENTE	891000324-4
CÓDIGO CLIENTE	1439
CÓD CENTRO COSTO	3039638 - CORDOBA GARZON ALMACEN

NOMBRE	GONZALEZ J JIMENEZ JUAN RICARDO		
CÉDULA	1077842053		
FECHA INGRES	25 de enero de 2016		
CODIGO	1064806		
CARGO	P013 - OPERARIO I		
REGIONAL	ANTIOQUIA		
SALARIO BÁSIC	706,000.00	FECHA	25/01/2016

PERIODO DE CORTE	01 JUNIO AL 15 JUNIO		
DIA DE PAGO	15 JUNIO		
FECHA DEL PROCES			
TIPO DE NOMINA	Ex AN QN FC-1 al 15- 16 al 30 FP-15 y 30		
PERIODO	11	AÑO	2016
FORMA DE PAGO	DEPÓSITO	N° CUENTA	28554061267
CONSEC NÓMINA	13603 - 1	N° CHEQUE	

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	BASE/PRECIO	DEVENGOS	DEDUCCIONES
1000	Salario Normal Días	15.00	23,533.00	353,000.00	
1305	Festivo Diurno 1.75	8.00	5,147.00	41,183.00	
1330	Extras Nocturnas 1.75	14.00	5,147.00	72,071.00	
1350	Recargo nocturno 0.35	61.00	1,029.00	62,805.00	
4200	Prima de Servicios	11.00		436,068.00	
5041	Aportes Salud ISS Nueva				21,162.00
5106	Aporte pension Porvenir				21,162.00
6150	Descuento Fondo de Empleados Fondex				17,240.00
6158	Descuento Funerario DescFunerario	3,900.00			3,900.00

VALOR EN LETRAS = NOVECIENTOS UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTALES	965,127.00	63,464.00
NETO A PAGAR		901,663.00

ACUMULADOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR INICIAL	CANT / N°	VALOR / SALDO	FECHA / PERIODO
	Fecha de Retiro				13/09/2017
15000	Saldo Consolidado de Cesantías a la Fech		143.00	436,068.00	
15200	Consolidación Intereses de Cesantías		143.00	20,786.00	
15500	Consolidación Vacación		5.00	204,437.00	

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

C.C